Conseil médical du Québec

Québec

102-01667/

RAPPORT D'ACTIVITÉS

2000 – 2001

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

présenté à

Monsieur Rémy Trudel
Ministre de la Santé et des Services sociaux

JUIN 2001

Le contenu de cette publication a été rédigé par le :

Conseil médical du Québec
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895
Internet : http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq
Courrier électronique : cmq@msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal juin - 2001
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
ISBN : 2-550-37638-2

Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Monsieur Jean-Pierre Charbonneau
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport d'activités du Conseil médical du Québec pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2001.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

RÉMY TRUDEL

Québec, juin 2001

Monsieur Rémy Trudel
Ministre de la Santé et
des Services sociaux
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous remettre le rapport d'activités du Conseil médical du Québec pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2001.

Veuillez accepter, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Le président du Conseil médical du Québec,

JUAN ROBERTO IGLESIAS

Québec, juin 2001

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION 1

PREMIÈRE PARTIE - LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC 3

1. **Le rôle du Conseil** 3

2. **Les membres du Conseil au 31 mars 2001** 4
   Membres ayant droit de vote 4
   Membres n'ayant pas droit de vote 6

3. **Le fonctionnement du Conseil** 6
   Le processus 6
   Les valeurs et les principes qui guident les membres du Conseil 6

4. **Le code de déontologie** 8

DEUXIÈME PARTIE - LES ACTIVITÉS DU CONSEIL 9

1. **Les séances du Conseil et les réunions des comités de travail** 9

2. **Les interventions** 9

3. **Les travaux des comités** 9
   Comité sur les effectifs médicaux 9
   Comité sur l'organisation des services médicaux en 1re ligne 11
   Comité sur l'accessibilité au système de soins médicaux 12
   Comité sur la santé mentale 12

4. **Le plan stratégique** 13

5. **Les communications et les rencontres du Président** 13

TROISIÈME PARTIE - LES PUBLICATIONS DU CONSEIL 15

QUATRIÈME PARTIE - LES RESSOURCES DU CONSEIL 19

ANNEXE 1 - CODE DE DÉONTOLOGIE 21

ANNEXE 2 - LE RÉSUMÉ DU MÉMOIRE À LA COMMISSION CLAIR 31

ANNEXE 3 - TABLEAU PLAN STRATÉGIQUE 35

PRÉSENTATION

Ce rapport présente les principales activités du Conseil médical du Québec au cours de la période s'étendant du 1er avril 2000 au 31 mars 2001. Le rôle, la composition, le fonctionnement, ainsi que les valeurs et principes qui guident les travaux du Conseil sont exposés dans la première partie du rapport. Les activités proprement dites sont décrites dans la seconde partie du rapport.

À l'instar de tout ce qui bouge dans le milieu de la santé au Québec, le Conseil médical a adapté son agenda pour répondre aux exigences particulières imposées par le déroulement des travaux de la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*. Le mandat confié à monsieur Michel Clair et à ses collègues et le processus de consultations lancé par la Commission ont permis au Conseil d'exposer et de faire valoir les résultats obtenus de ses travaux au cours des dernières années. Les membres du Conseil avaient la conviction que ces résultats publiés au cours des dernières années pouvaient éclairer la Commission dans sa recherche de solutions aux difficultés du système de santé au Québec.

Les travaux du Conseil portant, entre autres, sur l'organisation hiérarchisée des services médicaux en première, deuxième et troisième lignes, ceux portant sur les modes de rémunération des médecins, ceux traitant de la pertinence des services médicaux et ceux sur la planification des effectifs médicaux faisaient déjà l'objet de discussions dans les organisations médicales et certaines avaient même avancé des propositions d'organisation des services, largement inspirées des recommandations du Conseil médical.

La Commission Clair fournissait au Conseil une occasion privilégiée pour intensifier ses efforts pédagogiques auprès du monde de la santé en général et de la communauté médicale en particulier.

Parallèlement aux travaux en cours, le Conseil a produit une synthèse des avis publiés à ce jour et intitulée *Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux*. Ce document préparé en prévision de la comparution du Conseil devant la Commission a été largement diffusé dans les milieux intéressés, à la demande de ces derniers.

De plus, en collaboration avec la revue *L'Actualité médicale*, le Conseil a publié, durant l'automne 2000, une série de reportages visant à sensibiliser encore davantage la communauté médicale et les autres professionnels de la santé aux diverses propositions du Conseil médical en matière d'organisation des services médicaux au Québec.

À la mi-janvier, la Commission déposait son rapport. Une part importante des propositions du Conseil médical figurent dans la liste des recommandations, notamment celles ayant trait à l'organisation des services médicaux de première ligne, à l'organisation des services médicaux de deuxième et troisième lignes, aux modes de rémunération des médecins et à l'organisation des services médicaux dans les centres hospitaliers universitaires.

Le Conseil est fier d'avoir apporté sa contribution à ces travaux majeurs pour l'avenir du système de santé du Québec. Il l'est d'autant plus que les recommandations de la Commission Clair sont largement acceptées par la communauté médicale. Sans la volonté de cette dernière, rien n'est vraiment possible.

Le Président,

JUAN ROBERTO IGLESIAS

PREMIÈRE PARTIE
LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

1. Le rôle du Conseil

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec, adoptée par l'Assemblée nationale, le 10 décembre 1991.

Le Conseil médical du Québec est un organisme consultatif auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux.

La loi confie au Conseil médical du Québec, la fonction générale de conseiller le ministre sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population.

En outre, cette loi définit le mandat du Conseil médical du Québec en deux parties distinctes.

La première partie accorde au Conseil le pouvoir de donner des avis au ministre entre autres sur :

1° l'orientation des services médicaux en fonction des priorités du système de santé, notamment l'évolution, l'organisation, la distribution de ces services et les moyens de mieux harmoniser les services médicaux dispensés par les établissements et en cabinet privé ;

2° les besoins en effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité, pris globalement ou pris par spécialité, et la répartition des effectifs dans les différentes régions ou territoires du Québec, compte tenu des caractéristiques de la population et des ressources budgétaires disponibles ;

3° l'évolution et l'adaptation de la pratique médicale face aux besoins en émergence, aux réalités nouvelles et aux standards de qualité ;

4° les différents types de pratique médicale eu égard aux besoins prioritaires de la population ;

5° les projets de règlement visant la couverture des services médicaux assurés ;

6° les modes les plus appropriés de rémunération des médecins ;

7° les politiques ou programmes ayant pour objet la rationalisation ou la priorisation de la dispensation d'un service médical.

La seconde partie du mandat renferme deux volets. Dans le premier, la loi fait obligation au ministre de consulter le Conseil pour obtenir des avis sur les questions suivantes :

1° les projets de règlement relatifs à l'organisation clinique des services médicaux dispensés par les établissements ;

2° les politiques relatives à la main-d'oeuvre médicale notamment la politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine ;

3° le cadre de référence de la répartition des effectifs médicaux notamment en ce qui concerne les objectifs de croissance ou de décroissance à établir pour chaque région du Québec.

Dans le second volet, la loi fait par ailleurs obligation au Conseil de fournir son avis au ministre sur toute autre question qu'il lui soumet et dans les délais qu'il prescrit.

2. Les membres du Conseil au 31 mars 2001

Membres ayant droit de vote

La Loi sur le Conseil stipule que ce dernier est composé de quinze membres ayant droit de vote, dont au moins huit, doivent être des médecins.

De plus, la loi détermine un processus précis de nomination des membres ayant droit de vote. C'est ainsi que ces derniers sont nommés par le gouvernement sur recommandation du ministre de la Santé et des Services sociaux, de la façon suivante :

1° deux médecins omnipraticiens choisis parmi une liste de cinq médecins qui sont recommandés par l'organisme représentatif des médecins omnipraticiens ;

2° deux médecins spécialistes choisis parmi une liste de cinq médecins qui sont recommandés par l'organisme représentatif des médecins spécialistes ;

3° un médecin choisi parmi une liste de trois médecins qui sont recommandés par la Corporation professionnelle des médecins du Québec [aujourd'hui appelée Collège des médecins du Québec] ;

4° un médecin choisi parmi une liste de trois médecins qui sont recommandés par l'organisme regroupant les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements ;

5° quatre personnes nommées après consultation des doyens des facultés de médecine ainsi que des recteurs des universités du Québec ayant une faculté de médecine, d'un organisme dont le mandat est l'évaluation des technologies de la santé, du Fonds de la recherche en santé du Québec et du Conseil consultatif de pharmacologie ;

6° trois personnes nommées après consultation du milieu de la santé et des services sociaux ;

7° un résident en médecine choisi parmi une liste de trois résidents qui sont recommandés par l'organisme représentatif de cette catégorie de personnes;

8° une personne inscrite en formation médicale doctorale choisie parmi une liste de trois personnes qui sont recommandées par l'organisme représentatif de cette catégorie de personnes.

La loi stipule en outre, que le président du Conseil est nommé pour cinq ans et les autres membres, pour une période de quatre ans.

Dr Juan Roberto Iglesias
Président
Vice-doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr André Bonin, vice-président
Pathologiste
Cité de la Santé de Laval

Dr Jean-Marie Albert
Psychiatre
Centre hospitalier régional de Lanaudière, Joliette

Dr Marc A. Bois
Cardiologue
Institut de cardiologie de Montréal

Monsieur Patrick Garceau
Étudiant en médecine,
Université Laval

Dr Sophie Gosselin
Résidente en médecine d'urgence
Université McGill

Dr Louis Lapointe
Chirurgien général
Centre hospitalier régional du Grand-Portage, Rivière-du-Loup

Madame Michèle Laverdure
Conseillère en gestion, services de santé et services sociaux

Dr Joëlle Lescop
Secrétaire générale
Collège des médecins du Québec

Dr Laurent Marcoux
Omnipraticien
Centre médical St-Denis
Saint-Denis-sur-Richelieu

Dr Jonathan L. Meakins
Chirurgien
Centre de santé de l'Université McGill

Dr Bernard Millette
Omnipraticien
Cité de la Santé de Laval

Madame Marie Pineau
Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Madame Micheline Ulrich
Infirmière

Dr Raymonde Vaillancourt
Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy, Sherbrooke

Membres n'ayant pas droit de vote

D'autre part, le Conseil compte un certain nombre de membres n'ayant pas droit de vote. Il s'agit du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux et des sous-ministres adjoints de ce ministère. Il s'agit aussi de toute personne désignée par le ministre. À ce titre, on retrouve :

Dr Brigitte Bernard
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Michel Brunet
Ministère de l'Éducation

Dr Yves Landry
Régie de l'assurance-maladie du Québec

Monsieur Robert Tremblay
Ministère de la Santé et des Services sociaux

3. Le fonctionnement du Conseil

Les membres du Conseil médical du Québec ont spontanément et unanimement choisi, dès le départ, comme principal mode de fonctionnement, simple mais exigeant, la participation active aux travaux de l'organisme. C'est ainsi que chacun d'entre eux s'investit personnellement dans les travaux d'au moins un comité du Conseil, en fonction de l'intérêt individuel que suscite le thème particulier ou de l'expertise requise pour le traiter. D'autres modalités de travail pourraient aussi être utilisées selon les circonstances.

Le processus

- Les membres des comités, avec le concours des professionnels de la Permanence du Conseil, élaborent une méthode de travail en fonction du thème étudié. Ils déterminent un échéancier et participent activement à la réalisation des travaux.

- À chacune de leurs séances régulières, les membres du Conseil prennent connaissance de l'évolution des travaux des comités et formulent, le cas échéant, des orientations ou des recomman-dations pour la poursuite du travail.

- Au terme de leurs réflexions, les comités présentent leurs recommandations au Conseil qui décide alors de la nature et de la forme des interventions qu'il entend faire concernant ces recommandations.

Les valeurs et les principes qui guident les membres du Conseil

Après avoir complété, en 1995-1996, un premier cycle d'activités axées sur leur programme initial de travail, les membres ont voulu rétrospectivement reconnaître les valeurs et les principes qui les ont inspirés tout au long de leurs réflexions et qui serviront de guides dans la poursuite de leurs travaux. Ce sont les suivants:

1) Le Conseil croit qu'il est non seulement souhaitable, mais qu'il est essentiel et possible de préserver les principes fondamentaux sur lesquels repose notre système de soins de santé à savoir : l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public de sa gestion et de son financement.

2) Le Conseil pense que la préservation de la liberté thérapeutique dans la relation patient-médecin, sans ingérence administrative, constitue un pré-requis à toute organisation d'un système de soins de qualité.

3) Le Conseil pense aussi qu'il est essentiel que l'optimalisation de la pratique clinique soit développée et animée par les pairs plutôt que par des instances technocratiques. La participation des médecins à la gestion du système de soins de santé nécessite cependant la responsabilisation totale des professionnels et à terme, leur imputabilité.

4) Le Conseil croit également que les modifications qui doivent être apportées au système et qui touchent à la manière de dispenser les soins, doivent être faites dans un esprit de collaboration avec les médecins. L'information et la persuasion sont nécessaires pour susciter l'adhésion du corps médical sans laquelle les changements sont voués à l'échec.

5) Le Conseil considère que la responsabilisation des médecins et de la population doit être à la base de l'organisation des services de santé. La responsabilisation des médecins et de la population constitue le moyen le plus dynamique pour susciter les comportements individuels corrects attendus de la part des médecins et des bénéficiaires.

6) Le Conseil estime que l'organisation des services doit être orientée dans une perspective de préservation de la santé qui reconnaisse et conjugue la double démarche médicale, préventive et curative.

7) Le Conseil est convaincu que le modèle d'organisation des soins doit être conçu pour garantir l'efficacité et la qualité des services, dont leur pertinence. Le Conseil est d'avis que la qualité des services passe obligatoirement par la continuité des soins. C'est en somme, l'approche globale et intégrée des services de santé de l'individu que le Conseil préconise.

8) Le Conseil juge qu'il est essentiel de maîtriser les coûts totaux du système.

9) Le Conseil croit enfin que la réorganisation du système de soins doit être axée sur la notion de services à la clientèle plutôt que sur la défense ou la protection de l'organisation actuelle des services.

4. Le code de déontologie

Enfin, en conformité avec le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, sanctionné par le gouvernement le 17 juin 1998, le Conseil a adopté le 23 avril 1999 un code d'éthique et de déontologie, dont on trouvera copie en annexe, à l'intention des membres du conseil médical du Québec. Aucun manquement à ce code n'a été observé par les autorités du Conseil.

DEUXIÈME PARTIE
LES ACTIVITÉS DU CONSEIL

1. Les séances du Conseil et les réunions des comités de travail

Entre le 1er avril 2000 et le 31 mars 2001, le Conseil a tenu six séances régulières. Celles-ci ont eu lieu alternativement à Québec et à Montréal. Les différents comités ont, pour leur part, tenu dans l'ensemble 36 réunions de travail. Ajoutons à cela que le personnel de la Permanence s'est réuni 33 fois.

2. Les interventions

Le Conseil médical du Québec a été invité à témoigner devant la *Commission d'étude sur la santé et les services sociaux*. Dans cette perspective, le Conseil a préparé un document intitulé : Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux ». Il s'agissait en fait d'une synthèse des avis produits par le Conseil au cours des dernières années. Plus de 1 500 exemplaires de ce document ont été distribués dans le réseau (voir sommaire du document à l'annexe...).

Afin de mieux faire connaître ses propositions auprès des médecins, le Conseil a également produit une série d'articles résumant le document et qui ont été publiés dans la revue L'Actualité médicale. Cette publication professionnelle est expédiée individuellement à chaque médecin du Québec.

Par ailleurs, le Conseil médical du Québec s'est conformé aux directives émises en mai 1999 concernant la mise en œuvre du plan d'action gouvernemental de protection des renseignements personnels.

Considérant la taille du Conseil et surtout l'absence quasi totale de renseignements personnels en sa possession, le Conseil a jugé utile d'associer ses responsabilités en cette matière à celles du Comité ministériel responsable de la Loi d'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels

Enfin, le Conseil médical du Québec participe aux travaux de divers comités extérieurs et à caractère permanent dont :

- la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec ;
- le Comité du suivi de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec.

3. Les travaux des comités

Comité sur les effectifs médicaux

Le Comité sur les effectifs médicaux est composé de membres du Conseil

médical issus des groupes particulièrement intéressés par le sujet, à savoir la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins résidents du Québec et la Fédération des associations des étudiants en médecine du Québec.

Au cours de la dernière année, le Comité a consacré ses énergies à l'examen de cinq dossiers majeurs soit : la Politique des admissions pour l'année académique 2000-2001, le Plan de répartition des places de résidences pour l'année débutant en 2001, la préparation du Plan de l'effectif régional 2001-2003, une étude sur l'évolution du professionnalisme médical et le concept de ratio médecin/population au Québec.

Le projet de Politique des admissions pour l'année 2000-2001 qui a été soumis à son attention prévoyait une hausse de 55 admissions pour chacune des trois prochaines années (165 en trois ans). Le Comité était conscient que le niveau d'admissions devait être haussé, le Conseil médical l'ayant déjà affirmé l'année précédente.

Cependant, après vérifications, il est apparu que la hausse de 55 admissions pour chacune des trois prochaines années allait imposer une pression trop forte aux facultés de médecine qui venaient de subir, au cours des cinq dernières années, des mesures budgétaires sévères dans la poursuite de l'objectif national de déficit nul. De nombreux professeurs avaient été mis à la retraite et le climat dans les centres hospitaliers univer-sitaires était particulièrement morose. Les vice-doyens responsables de l'enseignement de la médecine dans les quatre facultés soutenaient qu'un tel effort risquait de compromettre la qualité de la formation des futurs médecins.

Cependant, le modèle de projection en vigueur annonçait des déficits importants de médecins dans les dix ou vingt prochaines années.

Après analyse, le Comité sur les effectifs médicaux a recommandé au Conseil d'étaler cette croissance sur un plus grand nombre d'années, soit six ans, afin de permettre aux facultés de se réorganiser convenablement. Le décret adopté par la suite a reconnu le bien-fondé de la position du Comité et du Conseil.

Le Comité a également examiné le Plan de répartition des places de résidence pour l'année académique débutant en 2001. Le plan proposait une répartition des places entre médecine spécialisée et médecine familiale qui ne correspondait pas aux objectifs d'équilibre 50-50 au terme de la formation. Le Comité puis le Conseil l'ont signalé dans leur avis.

De plus, le plan de répartition introduisait le principe de « décontingentement » pour un certain nombre de spécialités où on remarque une pénurie d'effectifs médicaux comme,

par exemple, la radio-oncologie. Ce principe de « décontingentement » aurait eu avantage à être discuté au préalable par les divers intervenants dans la planification de la main-d'œuvre médicale. En fait, le principe, bien que l'on puisse être d'accord avec ses objectifs, introduisait des biais dans la classification des postes en spécialité, ce qui était de nature a créer de la confusion auprès des diplômés en médecine. Le Comité puis le Conseil ont attiré l'attention de la ministre sur ce phénomène et recommandé de réviser la classification historique. Cette recommandation, entre autres, a été retenue.

Le Comité a aussi examiné les modifications intervenues dans la préparation du Plan de l'effectif médical pour la période 2001-2003. Bien qu'il ne fut expédié qu'en mai 2001, l'avis du Conseil sur la question a été adopté lors de la séance du 30 mars. Dans l'ensemble, le Comité estime que les modifications apportées par le ministère sont de nature à assurer une meilleure répartition des médecins sur le territoire. L'approche retenue s'apparente davantage à une évaluation des besoins futurs de médecins dans une organisation plus rationnelle des services médicaux.

Enfin, le Comité a entamé ses travaux sur l'évolution du professionnalisme médical et de la notion du ratio médecin/population au Québec. Le Comité a choisi de s'approprier du sujet en misant sur l'expérience des professionnels qui ont eu l'occasion d'intervenir dans ce domaine durant les deux dernières décennies. Au cours d'entrevues, ces personnes ont pu exposer leur point de vue sur les causes des changements qui ont influencé le professionnalisme chez les médecins.

Le Comité a aussi voulu savoir comment les nouveaux mentors de la communauté médicale québécoise entendent agir pour corriger la trajectoire, si c'est nécessaire ou souhaitable.

Un avis devrait être transmis au ministre sur le sujet d'ici la fin de 2001.

Comité sur l'organisation des services médicaux en 1re ligne

Afin d'examiner diverses stratégies propres à faciliter et à supporter l'implantation de nouveaux modes d'organisation et de pratique médicales en 1re ligne, le Conseil formait en décembre 1999 le Comité sur l'organisation des services médicaux en 1re ligne.

Après avoir étudié les différents documents québécois des dernières années consacrés, en tout ou en partie, aux services médicaux de 1re ligne les membres du Comité ont suivi une session sur les stratégies. Après quoi, ils visitèrent plusieurs projets novateurs en matière d'organisation des services médicaux en 1re ligne au Québec et en Ontario.

Les projets étudiés ont permis d'abord d'appréhender la grande variété d'organisation en 1re ligne. Les projets différaient notamment par la clientèle prise en charge, leur situation géographique (milieu urbain, rural....), leur niveau d'implantation, les pratiques médicales et le travail interdisciplinaire en cours. Mais surtout, ils permirent d'identifier les diverses stratégies qui stimulent et valorisent les équipes ainsi que celles qui ne fonctionnent pas.

Le Comité compte compléter sous peu ses travaux et déposer son rapport au Conseil.

En 2000-2001, le Comité a tenu onze séances.

Comité sur l'accessibilité au système de soins médicaux

Les rencontres du comité de travail ont débuté en mars 2000. Après avoir précisé la notion d'accessibilité aux soins médicaux et pris position à l'effet qu'elle constitue non seulement un principe fondamental qui a modelé la mise en place de notre système actuel mais également un déterminant de la santé permettant de contrer en partie les effets découlant des déterminants économiques et sociaux qui façonnent la santé des individus, le comité a constaté la difficulté d'évaluer le niveau d'accessibilité à notre système de soins en utilisant l'analyse des listes d'attente.

Dans sa démarche, le comité a réalisé une vaste revue de la littérature afin d'examiner les modèles d'organisation des soins de santé dans les pays étrangers qui présentent des caractéristiques comparables au nôtre sur le biais des difficultés d'accessibilité que peuvent rencontrer les différentes populations. Le comité s'est par la suite penché sur la problématique particulière des listes d'attente, considéré comme un régulateur de l'accès dans notre système de soins. Afin de mieux connaître les difficultés à l'égard de la gestion des listes d'attente, le comité s'est appuyé sur les résultats d'un sondage qu'il a réalisé auprès des responsables de la majorité des régies régionales. Les travaux du comité examinent les difficultés de mesurer le niveau d'accessibilité et soulèvent le questionnement de l'informatisation du dossier-patient et du développement des outils pour appuyer les médecins dans leur pratique médicale.

Le Conseil sera appelé à examiner le projet d'avis et les propositions qu'il contient à la première séance prévue en juin 2001.

Comité sur la santé mentale

En février 2000, le comité, formé à l'automne, modifie l'orientation de ses travaux. Un nouveau mandat est élaboré. Le comité souhaite proposer une vision globale et contemporaine du concept de santé mentale qui

tienne compte de l'imposante somme des connaissances scientifiques acquises au cours de la dernière décennie. La notion de continuum entre la santé mentale, les problèmes de santé mentale et les maladies mentales constitue le fondement de cette vision.

Après avoir établi leur plan de travail et cerné les enjeux, les membres ont reçu le Dr Alain Lesage invité comme consultant pour l'ensemble des travaux.

Les travaux du comité ont permis d'étudier divers points de vue nord-américains et internationaux sur les concepts de santé et maladies mentales et sur la notion de stigmatisation et ses conséquences. La nature des besoins de circulation des connaissances a été analysée autant sous l'angle des besoins d'information de la population que de ceux des divers professionnels de la santé. Le rôle structurant des informations basées sur les données probantes est alors clairement apparu.

Enfin, le comité s'est penché sur les modèles d'organisation des services médicaux permettant d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et respectant le concept de hiérarchisation. Il s'est particulièrement attardé à l'étude des modèles de travail à l'interface de la 1re et de la 2e ligne.

En 2000-2001, le comité a tenu six séances et deux en février et mars 2000.

4. Le plan stratégique

Dans le contexte de la mise en œuvre du nouveau cadre de gestion gouvernementale découlant de la Loi sur l'administration publique, le Conseil médical a soumis son plan stratégique pour les années 2001 à 2003. Ce plan identifie onze objectifs que le Conseil entend réaliser durant cette période (voir tableau en annexe).

5. Les communications et les rencontres du Président

En sa qualité de président du Conseil médical du Québec, le docteur Juan Roberto Iglesias a rencontré à plusieurs reprises le ministre de la Santé et des Services sociaux. De plus, il est maintes fois sollicité pour participer activement à des congrès, colloques, forums, comités, rencontres ou autres, liés au domaine scientifique, médical ou administratif.

Il s'agit là de moyens mis en œuvre par le Président pour faire connaître la nature et les résultats des travaux du Conseil. Ce sont également des moyens utilisés par le Président pour s'enquérir davantage de l'évolution de la pensée dans des secteurs spécifiques reliés aux activités du Conseil. Ces échanges visent à favoriser l'établissement de liens de complémentarité dans la recherche de solutions pouvant aider à résoudre les difficultés auxquelles fait face notre système de soins de santé.

Parmi ces occasions de partager des points de vue, en 2000-2001, mentionnons entre autres :

- Présentation sur la privatisation : potentiel et effets perverts à l'événement « Les Grands sommets de la santé » Perform ;
- Comité de sélection Prix AHQ – Merck Frosst ;
- Rencontre avec le Bureau du vérificateur général concernant les services médicaux de 1re ligne ;
- Rencontre à Québec avec Dr Roca de Barcelone concernant les services en santé mentale ;
- Rencontre avec le Conseil de la Santé et du Bien-être (Montréal) concernant une série d'articles dans « Le Devoir » ;
- Audition devant la Commission sur les services de santé et les services sociaux à Montréal (Commission Clair) ;
- Rencontre concernant l'application de la Loi 82 (MSSS) ;
- Rencontre avec le Dr Luc Deschênes de la direction générale des affaires médicales et universitaires (MSSS) ;
- Rencontre pour le lancement du Rapport de la Commission Clair.

TROISIÈME PARTIE
LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

Avis :

93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993

94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994

94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994

94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994

94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994

95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995

95-02

Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995

95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995

95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995

96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1re ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996

96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996

97-01

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, juin 1997

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998

98-03

Avis «Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir», octobre 1998

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998

98-05

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, octobre 1998

99-01

Avis sur les cibles en spécialité : mythes et réalités, juin 1999

99-02

Avis sur les propositions de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, juin 1999

99-03

Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé aux services médicalement requis d'un système de santé modernisé, octobre 1999

99-04

Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités, octobre 1999

2000-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 2000-2001 à 2002-2000, janvier 2000

Rapports d'activités :

1993-1994,
1994-1995,
1995-1996,
1996-1997,
1997-1998,
1998-1999
1999-2000

Autres :

- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socio-économiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995
- Réactions et commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995
- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient, juin 1996
- Avis sur les conséquence prévisibles de la grève illégale des infirmières du Québec, juillet 1999
- Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux – Synthèse des avis du Conseil médical du Québec, septembre 2000

QUATRIÈME PARTIE
Les ressources du Conseil

En 1999-2000 les ressources financières du Conseil ont été d'environ 580 000 $.

La Permanence est composée, outre du président, des personnes suivantes :

Médecin conseil
Colette Roberge

Agent(e)s de recherche

Christine Beaulieu
Christian Coutlée
Alice Monty

Documentaliste
Denis Santerre

Agente de secrétariat
Liette Saillant
Lynda Martel

ANNEXE 1

CODE DE DÉONTOLOGIE

NOTE EXPLICATIVE

Le projet de Code d'éthique et de déontologie à l'intention des membres du Conseil médical du Québec découle de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l'éthique et la déontologie*, adoptée le 20 mars 1997.

Conformément à cette loi, le gouvernement a adopté, le 17 juin 1998, le décret (824-98) concernant le *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics*. Une copie de ce décret est annexée au présent document.

Ce Règlement est entré en vigueur le 1er septembre 1998 et fait obligation aux organismes dont le Conseil médical du Québec, de se doter d'un code d'éthique et de déontologie avant le 1er septembre 1999.

Le projet de Code d'éthique et de déontologie qui vous est soumis pour adoption lors de la séance du 12 mars, a été très largement inspiré du texte du décret cité plus haut.

Code d'éthique et de déontologie à l'intention des membres du Conseil médical du Québec

Mars 1999

INTRODUCTION

Le présent Code d'éthique et de déontologie a pour but de définir les assises sur lesquelles doit reposer le comportement professionnel des membres du Conseil médical du Québec, dans l'exercice du mandat que leur a confié par le Conseil des ministres. Ce code découle de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l 'éthique et la déontologie*, adoptée le 20 mars 1997.

CHAPITRE I
OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le Code a pour objet de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein du Conseil médical du Québec et de responsabiliser chacun de ses membres.

2. Ce Code d'éthique et de déontologie s'applique aux personnes nommées ou désignées par le gouvernement ou par un ministre au titre de membres du Conseil médical du Québec.

CHAPITRE II
PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES GÉNÉRALES DE DÉONTOLOGIE

3. Les membres sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission confiée au Conseil médical du Québec par la *Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59.0001)*.

Leur contribution doit être faite dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

4. Le membre est tenu à la discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et est tenu, à tout moment, de respecter le caractère confidentiel de l'information ainsi reçue.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le président exige le respect de la confidentialité.

5. Le membre doit, dans l'exercice de ses fonctions, prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

6. Le président et le vice-président du Conseil médical du Québec doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

7. Le membre doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

8. Tout membre du Conseil médical du Québec qui a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du Conseil médical doit, sous peine de révocation, dénoncer par écrit cet intérêt au président et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question.

9. Le membre ne doit pas confondre les biens du Conseil avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers.

10. Le membre ne peut utiliser à son profit ou au profit d'un tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions comme membre du Conseil.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle au sens de la loi ou si le président exige le respect de la confidentialité.

11. Le membre ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste. Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou avantage doit être retourné au donateur ou à l'État.

12. Le membre ne peut, directement ou indirectement, accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même ou pour un tiers.

13. Le membre doit, dans la prise de ses décisions, éviter de se laisser influencer par des offres d'emploi.

14. Le membre qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service du Conseil médical du Québec.

15. Le président du Conseil doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du Conseil médical du Québec.

CHAPITRE III
ACTIVITÉS POLITIQUES

16. Le président doit informer le secrétaire général du Conseil exécutif s'il a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

17. Le président doit se démettre de ses fonctions s'il veut se porter candidat à une charge publique élective.

18. Le président, s'il est à temps plein et qu'il veuille se porter candidat à la charge de député de l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

19. Le président, s'il est à temps plein et qu'il veuille se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

CHAPITRE IV
DISPOSITIONS COMPLÉMENTAIRES

20. Les membres ont également pris connaissance du décret du gouvernement du Québec (824-98) adopté le 17 juin 1998, concernant le *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* et reconnaissent qu'en vertu de l'article 5 de ce Règlement, les principes et les règles les plus exigeants s'appliqueront en cas de divergence entre le Règlement et le Code adopté pour le Conseil médical du Québec.

21. Les membres du Conseil médical du Québec ont adopté le présent Code d'éthique et de déontologie lors de la séance régulière du 12 mars 1999

ANNEXE 2

LE RÉSUMÉ DU MÉMOIRE À LA COMMISSION CLAIR

SOMMAIRE

Le présent document a pour objectif de rassembler les principales propositions du Conseil médical du Québec au sujet de l'organisation des services médicaux dans le système de santé du Québec. Au fil de ses travaux, élaborés depuis 1993, le Conseil a produit plus d'une vingtaine d'avis portant sur la plupart des aspects fondamentaux du domaine des services médicaux.

Parvenu au terme d'un cycle complet de travail, le Conseil médical du Québec a jugé utile et même nécessaire de produire un document-synthèse permettant l'intégration des différentes propositions contenues dans ses avis successifs pour en dégager la vision cohérente des services médicaux, telle qu'elle est perçue et retenue par ses membres.

Tout en demeurant collé au plus près de l'évolution des travaux du Conseil, le lecteur comprendra que le présent texte ne reflète pas le cheminement chronologique de ses publications. Le choix a plutôt été celui de la logique d'un système global de prestation des services médicaux, à savoir la détermination des services offerts, dans leur nature et leur pertinence, l'organisation la plus efficace pour assurer leur prestation et, enfin, l'effectif médical nécessaire pour donner ces services à la population.

Le présent document comprend sept parties. La première est consacrée à une brève présentation du rôle, de la composition et du fonctionnement du Conseil. Elle traite également du sens de la démarche et du premier plan de travail que le Conseil a retenu.

La deuxième partie concerne, pour l'essentiel, la question des services médicaux proprement dits, abordés surtout sous l'angle de leur pertinence. On y trouve aussi une proposition de régime d'assurance responsabilité professionnelle ainsi que la définition de la notion de « requis au point de vue médical » proposée par le Conseil.

La troisième partie présente les recommandations du Conseil concernant les objectifs du système de santé ainsi que la nouvelle dynamique organisationnelle des services préconisée par le Conseil. Elle traite aussi des rôles essentiels et des responsabilités particulières en abordant la question des instituts et centres hospitaliers universitaires ainsi que celle des chefs de départements cliniques.

La quatrième partie décrit les modes de rémunération des médecins considérés comme étant les plus susceptibles de favoriser l'atteinte des objectifs visés par la nouvelle organisation proposée.

La cinquième partie explique le cheminement du Conseil dans ses propositions annuelles, depuis 1994, concernant la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine. Cette partie traite aussi des multiples recommandations formulées par le Conseil médical en ce qui a trait aux différents mécanismes de la planification des besoins en médecins et de la répartition des médecins sur le territoire.

La sixième partie est consacrée exclusivement à une étude conduite par le Conseil médical sur les conséquences d'une plus grande privatisation des services médicaux quant à leur accessibilité et à leur qualité.

Enfin, dans la dernière partie, le lecteur est sensibilisé à la nature des défis que nous devons désormais relever et aux perspectives d'avenir, pour le système de santé, qui se dégagent des réflexions préliminaires des membres, dans leur démarche pour la préparation du prochain plan de travail.

Nous signalons au lecteur que les avis du Conseil médical du Québec, cités dans le présent document, peuvent être consultés dans Internet, à l'adresse suivante :

http//www.msss.gouv.qc.ca/cmq

Les personnes désireuses d'en obtenir une copie sont priées d'en faire la demande auprès du secrétariat de la permanence :

Conseil médical du Québec
880, chemin Sainte-Foy, RC
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895

ANNEXE 3

TABLEAU PLAN STRATÉGIQUE

ORIENTATION 1 :	**CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE QUÉBÉCOIS**
Axe d'intervention 1 :	**L'accessibilité aux services médicaux**
Objectif 1 :	*Proposer en 2001-2002 des stratégies d'implantation de modèles d'organisation et de pratique médicale en 1ère ligne*
Objectif 2 :	*Produire en 2001-2002 un avis sur l'organisation des services concernant la santé et les maladies mentales*
Objectif 3 :	*Produire en 2001-2002 un avis sur l'accessibilité au système de soins médicaux*
Objectif 4 :	*Produire en 2002-2003 un avis sur la révision du panier de services assurés*
Axe d'intervention 2 :	**L'organisation de la pratique médicale**
Objectif 5 :	*Produire en 2002-2003 un avis sur le professionnalisme et l'interprétation de la notion du ratio médecin/population*
Objectif 6 :	*Proposer en 2002-2003 un avis sur l'imputabilité médicale et sur les indicateurs de qualité et de résultats dans la dispensation des services médicaux*
Objectif 7 :	*Étudier en 2002-2003 la question de l'organisation des services médicaux de 2e et de 3e lignes, et l'identification des liens fonctionnels essentiels entre la 1ère ligne des services médicaux et les autres lignes, et produire un avis à cet effet*
Objectif 8 :	*Analyser en 2002-2003 la dynamique de fonctionnement des centres hospitaliers universitaires et produire un avis sur cette question*
ORIENTATION 2 :	**CONTRIBUER À L'ÉVALUATION DES BESOINS EN MÉDECINS, À LA COMPOSITION DE L'EFFECTIF MÉDICAL ET À SA RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE**
Axe d'intervention 3 :	**La planification des effectifs médicaux**
Objectif 9 :	*Produire en 2001-2002 un avis sur la répartition des places dans les programmes de résidence*
Objectif 10 :	*Produire en 2001-2002 un avis sur le nombre annuel autorisé d'inscriptions dans les facultés de médecine*
Objectif 11 :	*Analyser en 2001-2002 le plan de l'effectif médical 2001-2003 présenté par le ministère et présenter un avis sur cette question*